

KONSULTACJA PSYCHIATRYCZNA

(Załącznik do karty badania lekarskiego osób ubiegających się o pozwolenie na broń /w celu zgłoszenia do rejestru broni pneumatycznej)

Imię i nazwisko badanego

.....

numer PESEL

.....

Adres miejsca zamieszkania

.....

Wywiad i badanie psychiatryczne:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rozpoznanie:

.....

.....

.....

Na podstawie przeprowadzonego badania psychiatrycznego oświadczam, że wyżej wymieniona osoba nie wykazuje cech zaburzeń psychicznych, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123), nie ma znacznie ograniczonej sprawności psychofizycznej, nie wykazuje istotnych zaburzeń funkcjonowania psychologicznego i nie wykazuje cech uzależniona od alkoholu ani od substancji psychoaktywnych.

(data)

(podpis i pieczętka lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie psychiatrii)